

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ADÉNOME LACRYMAL**

THÈSE

**Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 14 Mars 1944**

par

M^{lle} Paulette GUYON

Née le 6 Octobre 1916 à LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**EXAMINATEURS
DE LA THÈSE**

{	MM. Ch. DÉJEAN, Professeur, <i>Président</i>	}	<i>Assesseurs</i>
	P. DELMAS, Professeur		
	ROUX, Agrégé		
	CADERAS DE KERLEAU, Agrégé		

M^{lle} GUYON (Paulette)

Contribution à l'étude de l'Adénome Lacrymal. — Montpellier, Imprimerie Quillet, 1944, in 8°, 26 pages.

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 123).

M^{lle} GUYON (Paulette)

Contribution à l'étude de l'Adénome Lacrymal. — Montpellier, Imprimerie Quillet, 1944, in 8°, 26 pages.

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 123).

M^{lle} GUYON (Paulette)

Contribution à l'étude de l'Adénome Lacrymal. — Montpellier, Imprimerie Quillet, 1944, in 8°, 26 pages.

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 123).

M^{lle} GUYON (Paulette)

Contribution à l'étude de l'Adénome Lacrymal. — Montpellier, Imprimerie Quillet, 1944, in 8°, 26 pages.

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 123).

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ADÉNOME LACRYMAL**

THÈSE

**Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 14 Mars 1944**

par

M^{lle} Paulette GUYON

Née le 6 Octobre 1916 à LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. Ch. DÉJEAN, Professeur, <i>Président</i>	}	<i>Assesseurs</i>
		P. DELMAS, Professeur		
		ROUX, Agrégé		
		CADERAS DE KERLEAU, Agrégé		

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

PROFESSEURS

Chaires:

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	JANBON
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	L. RIMBAUD
—	GIRAUD, <i>doyen</i>
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, <i>assesseur</i>
—	LAPEYRE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	BOUDET
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	N....
Clinique ophtalmologique	DEJEAN
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et chir. maxillo-faciale	TERRACOL

Charges de cours:

Anatomie	LAUX
Histologie	GRANEL
Radiologie	LAMARQUE
Propédeutique chirurgicale	AIMES

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE

CHARGES D'ENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Chimie	MM. MONNIER, <i>agrégé</i>	Clinique de la tuberculose	MM. VIDAL, <i>professeur</i>
Microbiologie	CARRERE, <i>agrégé</i>	Pathologie chir. ..	MOURGUE-MOLINES, <i>agr.</i>
Histoire nat. méd.	HARANT, <i>agrégé</i>	— —	TRUC, <i>agrégé</i>
Pharmacologie	HARANT, <i>agrégé</i>	Chirurgie expér.	GUIBAL, <i>agrégé</i>
Pathologie méd. ..	BOUCOMONT, <i>agr.</i>	Médecine opérat. ..	ROUX, <i>agrégé</i>
— —	BERT, <i>agrégé</i>	Accouchements ...	CADERAS
Propédeutique méd. ..	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	— —	DE KERLEAU, <i>agr.</i>
Clinique interne ..	PUECH, <i>prof.</i>	Stomatologie	HOUPERT, <i>Dr. en méd.</i>
Clinique des malad. contagieuses	JANBON, <i>prof.</i>		

AGREGES EN EXERCICE

Médecine	MM. P. RIMBAUD	Chirurgie	MM. MOURGUE-MOLINES
—	BOUCOMONT	—	GUIBAL
—	BERT	—	ROUX
Chimie	LAFON, <i>ch. d'agr.</i>	Urologie	TRUC
Bactériologie	MONNIER	Accouchements ...	CADERAS
Histoire nat. méd. ..	CARRERE		DE KERLEAU
	HARANT		



A LA MÉMOIRE DE MON AÏEUL

Jean-Louis GUYON,

Docteur en Médecine de la Faculté de
Montpellier 1834,

Membre de l'Institut de France,

Commandeur de la Légion d'Honneur

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Jules GUYON,

Docteur en Médecine,

Officier de la Légion d'Honneur

A MON PÈRE,

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. DÉJEAN,

Professeur de Clinique Ophtalmologique à la
Faculté de Médecine de Montpellier,

Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le très grand honneur de bien vouloir
présider notre Jury de Thèse.

Toute ma reconnaissance pour son éminent enseignement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRACOL,

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique à
la Faculté

Dont les conseils m'ont si souvent aidée.

En témoignage de ma gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARANT,

Professeur agrégé

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TURCHINI,

Professeur d'Histologie

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE
MONTPELLIER

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

L'ADÉNOME LACRYMAL

Introduction

L'adénome lacrymal est une prolifération de la glande lacrymale dans son aspect et ses caractères normaux.

« La question des tumeurs de la glande lacrymale est assez complexe », écrit Valière VIALEIX dans le *Traité d'Ophthalmologie*.

Il ressort en effet de l'étude des différents travaux publiés jusqu'à ce jour que les auteurs ne se sont pas mis d'accord sur la signification cytologique de certaines de ces tumeurs et même sur leur réalité clinique.

Les uns, tels VAN DUYSE et KOSTER, soutiennent que la plupart des néoplasmes d'origine lacrymale sont des endothéliomes.

ALT écrit : « Les tumeurs de la glande lacrymale prennent très fréquemment leur origine dans le tissu conjonctif interstitiel et seulement dans de rares cas présentant un caractère vraiment épithélial ». D'autres pensent que diverses variétés de tumeurs peuvent se former aux dépens des différents tissus qui constituent cette glande.

L'imprécision du diagnostic provient du fait, constaté par les auteurs allemands, et en particulier par KOSTER, SATTIER, BILLROTH et BERLIN, que le contrôle histologique d'un grand nombre d'observations n'a point été fait.

« Il est très difficile, dit LAGRANGE dans son traité des tumeurs de l'œil, quand on lit les observations publiées sous le titre de tumeurs lacrymales, de se faire une opinion pré-

cise sur l'origine ectodermique ou mésodermique du néoplasme ».

Bien que cette affection soit rare, il n'est pas douteux cependant que quelques cas d'adénomes lacrymaux caractérisés aient été publiés.

HISTORIQUE

La première observation publiée d'adénome lacrymal est celle rapportée par BECKER en 1867 à Vienne. Cet auteur signale cependant 6 cas antérieurs (GLUGE, LEBERT, WARLOMONT, ROTTMAND, FANS et KNAPP) analogues au sien, sans que l'on puisse affirmer qu'il s'agissait d'adénomes vrais. La tumeur « adénoïde de la glande lacrymale », était développée sur la paroi supérieure de l'orbite et s'étendait en arrière jusqu'au trou optique. Elle avait entraîné des lésions de névrite optique. Histologiquement elle était formée par la prolifération des alvéoles glandulaires remplies de substance colloïde et par une hyperplasie conjonctive. ALT, HUBERT, rapportent des cas d'adénomes de la glande lacrymale, mais leur diagnostic est douteux. Dans le premier cas, une tumeur bosselée, élastique, fluctuante, occupait la paupière supérieure. Elle s'étendait de l'angle externe à l'angle interne et s'engageait profondément dans l'orbite, adhérente au périoste. Histologiquement, cette tumeur se composait d'une couche unique de cellules cylindriques avec gaines endothéliales, séparées par des fibrilles longues et fusiformes. La récurrence intracrânienne du néoplasme après extirpations, fait porter le diagnostic de tumeur maligne.

La tumeur décrite par HUBERT est formée de cellules aplaties limitant des kystes qui contiennent une masse colloïde.

En 1888, DE BRITTO présente une néoformation de la glande lacrymale accessoire, pédiculée au niveau de la glande, et possédant la structure d'un fibro-adénome. La même année, SOCOR rapporte le cas d'une tumeur de la grosseur d'un petit œuf composée de culs-de-sac contenant des cellules d'épithélium glandulaire avec de nombreuses granulations grasses.

Deux cas « d'adénome de la glande lacrymale » sont publiés par SNELL en 1889 : Ils montrent des acini de différentes formes tapissés par un épithélium cubique, élargis à certains points pour former des kystes, et une structure à cellules rondes avec acini tapissés d'épithélium.

GOLDZIEHER ne donne aucun détail histologique sur son cas, mais l'extirpation a été suivie de récédive.

Le fibro-adénome de GRUNWALD (1895) montre un épithélium en voie de prolifération non infiltré dans les tissus voisins et accompagné de tissu connectif proliféré.

La tumeur signalée par PIAZZA, composée d'acini glandulaire séparé par du tissu conjonctif, a bien les caractères de l'adénome vrai.

Moins typiques sont l'adénome myxomateux de ZELICKA et l'adénome enchondrome relaté par TIGOS.

Dans sa thèse de Bordeaux en 1920, BIAILLE DE LONGI-BAUDIERE rapporte 30 observations de tumeurs de la glande lacrymale recueillies depuis 1903, mais dans tous les cas il s'agit de tumeurs malignes.

La thèse de PETIT (1922) est une contribution à l'étude des tumeurs mixtes lacrymales.

En 1933, nos maîtres les professeurs VILLARD et DÉJEAN dans les Archives d'ophtalmologie présentent une observation d'adénome lacrymal que nous rapportons in-extenso et qui a servi de base à notre travail. La même année, BUSACCA Annibale signale un cas d'adénome bilatéral des glandes lacrymales.

Après ces derniers auteurs nous n'avons pu relever dans la littérature aucune publication d'adénome vrai de la glande lacrymale, mais de nombreux travaux sur la formation embryologique de cet organe, sur sa structure histologique, et enfin sur les néoplasmes malins développés à ses dépens ainsi que sur la maladie de MIKULICZ.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA GLANDE LACRYMALE

L'étude clinique de l'adénome de la glande lacrymale n'est possible qu'après un exposé succinct de l'anatomie et de la physiologie de cette glande.

Logée dans la région supéro-externe de la base de l'orbite, en regard de la fossette lacrymale du frontal, la glande lacrymale a le volume d'une petite amande. Elle est composée de deux portions unies par leur bord postérieur : la portion orbitaire aplatie de bas en haut, ovulaire à grand axe oblique en arrière en dehors et en bas, est logée en haut dans la fosse lacrymale du frontal et séparée en bas de la portion palpébrale par la partie externe du releveur de la paupière, l'expansion externe du tendon de la gaine du releveur et celle de la gaine du droit supérieur. Elle est limitée en avant par le septum orbitaire et entre en contact en arrière avec le tissu graisseux orbitaire. La portion palpébrale, de moindres dimensions, est située au-dessous de la précédente dont elle est séparée par les aponévroses musculaires. Le tissu conjonctif enserre les deux portions glandulaires.

Les canaux excréteurs, au nombre de 3 à 5, traversent la portion palpébrale de la glande et s'ouvrent dans la partie externe du cul-de-sac conjonctival supérieur.

Histologiquement la glande lacrymale est une formation tubéreuse en grappe. De longs tubes parfois ramifiés constituent les acini excréteurs. Ils sont bordés par une couche de 12 à 15 cellules prismatiques, hautes, séparées par des canalicules intercellulaires (Dogiel) et ensérées par les ramifications à caractères myoépithélial des cellules en panier de Boll. La contraction de ces ramifications entraîne l'ex-

pulsion des granulations intraprotoplasmiques des éléments sécrétants.

Une mince basale hyaline borde à la périphérie les cellules contractiles.

Les acini glandulaires s'ouvrent dans les canaux intralobulaires de deuxième ordre qui se jettent dans un canal lobulaire de premier ordre. La réunion de ces derniers donne les canaux intralobulaires qui aboutissent en définitive aux canaux excréteurs. Les canaux intralobulaires ont la même structure que les acini, mais les cellules qui les bordent sont moins hautes, et ont perdu pour la plupart leur propriété sécrétrice.

Le tissu conjonctif enserme ces divers éléments et contient des plasmazellen, des mononucléaires et quelques follicules lymphatiques.

Les cellules des acini sécrètent les larmes.

Filtrés par la membrane basale, les sucs nutritifs pénètrent dans la cellule en état de « mise en charge ». Le noyau est clair, de petites vacuoles grossissent et se multiplient contenant des grains albuminoïdes qui remplissent la cellule. Par contraction des cellules de Boll le liquide est expulsé dans le canal excréteur et l'élément sécréteur revient à son volume normal.

Le tissu conjonctif interglandulaire, par œdème lymphatique contribue à l'acte sécrétoire. Lors de sécrétion lacrymale abondante provoquée par une excitation physique ou psychique de la glande de nombreuses cellules sinon toutes, se mettent en charge et augmentent de volume. Il en résulte une hypertrophie relative de la glande dans son ensemble.

La prolifération des éléments normaux de la glande lacrymale doit s'accompagner d'une augmentation de son activité physiologique et comme le montre l'observation que nous rapportons, l'adénome doit se gonfler pendant le larmoiement.

SYMPTOMATOLOGIE

L'étude de l'observation d'adénome lacrymal rapportée par nos maîtres, les Professeurs VILLARD et DÉJEAN, nous permettra de dégager dans ses grandes lignes la symptomatologie de cette affection.

Observation

Mme C... L., âgée de 52 ans, entre à la Clinique ophtalmologique le 11 janvier 1932, pour une tumeur sous-cutanée, arrondie, rénitente, non pulsatile, de la grosseur d'une noix, siégeant un peu au-dessous de la queue du sourcil droit. Cette tumeur se continue avec le tissu orbitaire supéro-externe, mais ne contracte aucune adhérence au plan osseux.

Aux dires de la malade, elle daterait de l'enfance et peut-être de la naissance.

Elle présente des alternatives d'augmentation et de diminution de volume. Un larmoiement de cause physique ou morale entraîne sa tuméfaction; la paupière supérieure augmente rapidement de volume et reste tuméfiée au niveau de la tumeur pendant un temps variable. Ce gonflement de la tumeur, plus fréquent en période de crises morales, se manifeste à peu près quotidiennement.

Les deux yeux sont d'aspect normal. Ils sont hypermétropes et leur vision est à peu près normale après correction de cette hypermétropie. Pas de lésions du fond d'œil.

La radiographie de la région orbitaire droite ne révèle rien de particulier, en dehors de l'ombre légère de la tumeur. L'examen oto-rhino-laryngologique ne décèle aucune altération du nez ou des sinus. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Le 18 janvier, la malade est opérée. On procède à l'ablation de la tumeur qui se présente comme une masse kystique à parois minces, du volume d'une noix, paraissant tirer son origine de la glande lacrymale elle-même. Il n'y a pas d'adhérences avec le périoste.

L'Étude anatomique histologique donne les renseignements suivants :

La tumeur est entourée d'une mince coque fibreuse sur la moitié environ de son pourtour; l'autre moitié est en contact direct avec le tissu cellulo-graisseux ambiant. Quelques travées conjonctives se détachent de cette sorte de capsule et pénètrent à l'intérieur en s'anastomosant avec les tractus fibreux voisins. Ces cloisons conjonctives divisent la masse en lobes et en lobules.

Chaque lobe est à son tour divisé en une grande quantité de logettes par des sous-cloisons détachées des cloisons principales. Chacune de ces logettes est remplie de cellules cylindriques, ou plutôt légèrement coniques à pointe interne, régulièrement rangées autour d'une lumière centrale. Leur noyau clair, muni d'un ou deux nucléoles, est situé à la base des cellules qui ont les caractères histologiques d'éléments sécréteurs. Autour d'elles s'observent par endroits des cellules en panier de BOLL. Bref, elles ont les caractères des cellules de la glande lacrymale normale.

Toutefois les acini glandulaires sont plus volumineux. Leur lumière est relativement large; celle des acini normaux étant au contraire très étroite. Le professeur TURCHINI, qui a bien voulu examiner ces préparations, a fait remarquer que la caractéristique histologique des cavités sécrétrices lacrymales comparées aux acini salivaires par exemple, est d'être virtuelle ou extrêmement étroite sur les préparations. Ici, au contraire; elles sont largement ouvertes.

Le premier signe qui attire l'attention du malade est une tuméfaction sous-cutanée localisée dans la région de l'angle supéro-externe de l'orbite. Arrondie, ou plutôt ovalaire, de consistance ferme, son volume est variable mais son accrois-

sement est limité par la faible élasticité de la capsule conjonctive de la glande. Toutefois il n'est pas impossible que les tubes glandulaires hyperplasiés comme dans l'observation rapportée par BECKER ne se fraient un chemin en arrière dans la zone de moindre résistance de la loge lacrymale et fussent à travers la graisse orbitaire.

Rarement l'adénome lacrymal s'accompagne des signes habituels des tumeurs expansives de la glande : l'exophtalmie en bas et en dedans, le ptosis, les phénomènes de compression oculaire manquent presque toujours. Cependant la tumeur adénoïde de BECKER avait lésé le nerf optique.

Les éléments anormaux ne contractent aucune adhérence avec les tissus qui les environnent : la masse dure glisse sur les plans profonds et la peau est facilement mobilisable au devant d'elle. Dans les cas d'hypertrophie excessive et de développement en arrière vers l'orbite, l'exophtalmie et les compressions nerveuses et vasculaires offrent le tableau classique des tumeurs orbitaires. Habituellement il y a peu ou pas d'exophtalmie, mais simplement un léger refoulement du globe en bas et en dedans. La tumeur tend à s'extérioriser : elle refoule la base palpébrale tout le long de l'arcade sourcilière externe et fait une saillie sous les téguments, concentrique à l'angle osseux supéro-externe et comme modelée par le cadre osseux.

Il n'y a pas d'adénopathie satellite.

Les signes fonctionnels sont absents, la douleur et les troubles visuels font défaut.

Les examens radiologiques et oto-rhino-lacrymologiques sont négatifs.

Dans l'observation que nous rapportons un seul signe est caractéristique : c'est la tuméfaction de la tumeur et l'augmentation de volume de la paupière supérieure à l'occasion du larmolement qu'il soit de causes physique ou morale. Ceci est d'autant plus intéressant à noter que la sécheresse de l'œil est considérée comme un des premiers symptômes de néoplasie maligne de la glande lacrymale. WELLU, SAMUEL,

COOPER signalent la diminution de l'écoulement des larmes au début de l'évolution d'un squirrhe infiltrant; RICHET, BOCK, DIANAUX et SCHAFER l'ont également constatée.

L'adénome lacrymal est le plus souvent unilatéral quoique BUSACCA ait rapporté un cas de bilatéralité.

La tumeur peut se développer dans le jeune âge, avoir une progression lente, ou même demeurer indéfiniment stationnaire. Elle est essentiellement bénigne. Sa nature encapsulée en permet l'extirpation facile et met à l'abri de toute récurrence.

Il n'est pas impossible comme le pense Valière VIALEIX que l'adénome se transforme en épithélioma malin, mais cette éventualité n'a jamais été signalée.

Le diagnostic de cette tuméfaction palpébrale indolore, est facile : on pourrait la confondre avec un kyste dermoïde de la queue du sourcil, mais ce dernier siège en général au dessus du rebord orbitaire. S'il est développé en pleine paupière il n'a cependant aucun rapport avec la fosse lacrymale.

La maladie de MIKULICZ est une tuméfaction bilatérale des glandes lacrymales avec hypertrophie des parotides et d'autres glandes salivaires. Elle s'accompagne d'hyposécrétion lacrymale. Le diagnostic est en général facile mais lorsque les glandes lacrymales sont seules augmentées de volume il peut parfois être hésitant. L'adénome bilatéral est infiniment plus rare que la maladie de MIKULICZ.

Les tumeurs malignes lacrymales sont aisément différenciées de l'hyperplasie bénigne.

Le signe pathognomonique du gonflement de la tumeur qui accompagne les larmes fait faire avec certitude le diagnostic d'adénome lacrymal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'adénome est par définition une prolifération de la glande dans son aspect et ses caractères normaux. Les acini sécréteurs, les canaux excréteurs sont multipliés et augmentés de volume; le tissu conjonctif qui les entoure est hyperplasié. Dans notre observation, la coque fibreuse est demeurée mince, ce qui a permis aux éléments glandulaires néoformés d'entrer en contact en arrière avec la graisse orbitaire.

Les acini en grand nombre se groupent en lobes et lobules, chaque acinus est formé de cellules cylindriques hautes, disposées sur une seule rangée et délimitant une lumière centrale considérablement élargie. Le tube épithélial glandulaire présente une large cavité interne.

Chaque cellule possède une structure normale : un noyau clair refoulé vers la base accompagné d'un ou de deux nucléoles. Le protoplasme présente un aspect différent selon que la cellule est en pleine activité sécrétoire ou en période de repos fonctionnel.

Les cellules de Boll appuyées contre une basale hyaline enserrant les éléments sécréteurs et par leur contraction les vident de leur contenu.

Les canaux excréteurs sont, eux aussi, très augmentés de volume : leur lumière devient énorme ainsi qu'en témoigne l'une des microphotographies qui accompagnent la publication de nos maîtres les Professeurs VILLARD et DÉJEAN.

Le diagnostic histologique de l'adénome est facile.

L'épithélioma est caractérisé par l'envahissement des acini par des amas cellulaires, par l'essaimage des éléments cylindriques dans le tissu conjonctif. Dans le sarcome, les travées conjonctives ont désorganisé et envahi les éléments glandu-

lares. Il est quelquefois difficile de définir la participation réciproque des divers éléments constituant la tumeur.

S'agit-il d'un fibro-adénome, d'un fibrome, d'un adénome pur ? Dans ces cas le diagnostic différentiel est de peu d'intérêt. Parfois les acini glandulaires sont remplis de substance colloïde ou de liquide séreux : l'interprétation exacte de la nature de ces éléments surajoutés est difficile.

TRAITEMENT

La seule thérapeutique de l'adénome lacrymal est l'extirpation chirurgicale.

L'ablation se fait après infiltration anesthésique le long de l'angle supéro-externe de l'orbite et dans la région palpébrale supérieure. L'incision porte au dessous du sourcil contre le rebord orbitaire. On sectionne la peau et les fibres de l'orbiculaire, puis le septum orbitaire au ras du périoste. L'adénome apparaît alors contre le plafond de l'orbite et on opère sa dissection exacte en prenant bien soin de ne pas déchirer la capsule fibreuse qui l'entoure. La tumeur doit être suivie jusqu'à son pôle postérieur même si celui-ci s'enfonce assez loin dans l'orbite.

Si la capsule glandulaire est rompue, il est nécessaire d'extirper en totalité les bourgeons cellulaires procidents. La suture de la peau est faite comme de coutume, sans drainage.

Les adénomes de petit volume peuvent être extraits par voie conjonctivale. Après avoir attiré en haut et renversé la paupière supérieure on prie le malade de regarder en dedans et en bas, manœuvre qui a pour effet de faire saillir la formation néoplasique. On incise alors profondément le cul-de-sac et la glande se présente elle même au milieu des tissus dilacérés.

CONCLUSIONS

L'adénome lacrymal est une tumeur rare. La glande lacrymale est d'ailleurs peu fréquemment atteinte par la diathèse néoplasique.

Cette rareté donne un intérêt tout particulier aux observations publiées et en particulier à celle de MM. VILLARD et DÉJEAN.

Le cas rapporté par ces auteurs est en effet la seule observation vraiment typique de cette hyperplasie glandulaire bénigne. Aux signes cliniques que l'on pouvait s'attendre à rencontrer s'ajoute un symptôme curieux sur lequel MM. VILLARD et DÉJEAN insistent : l'augmentation de volume de la tumeur sous l'influence du larmolement. C'est donc là, disent-ils, le signe clinique le plus sûr, vraiment pathognomonique de ce genre de tumeur.

BIBLIOGRAPHIE

- ALT. — Adénome de la glande lacrymale. *Arch. für Augenheilk.*, Bd, X, H 3, p. 319.
- BECKER. — Adénoïde de la glande lacrymale. *Rapp. Clin. Ophth.* Vienne, 1863 à 1865. Vienne, 1867.
- BIAILLE DE LONGIBAUDIÈRE. — Tumeurs malignes de la glande lacrymale. *Thèse Bordeaux*, 1920-1921.
- BUSACCA (A.). — *Pathologica* 1933, p. 499-504.
- DAVIES WINDSOR (W. S.). — *Ar. Of. O.* 1934, p. 33-37.
- DANTRELLE et HÉRAUX. — *Ann. d'Ocul.* 1927, p. 653.
- DE BRITTO. — Tumeur de la glande lacrymale. *Ann. O.* n° 6, 1888.
- DUYSE (VAN). — *Bull. S.* 6, 0, 1929, p. 28.
- GELDZIEHER. — Adénome de la glande lacrymale extirpée. *Wien, médic. Press.* 1890, n° 11.
- GRUNINGEN (W.). — Cylindrome de la glande lacrymale ayant subi la dégénérescence cancéreuse. *Frankfurt, Diss.* 1937, 28, 5.
- HANS HARKEN. — Contribution à l'étude de l'histologie pathologique des glandes lacrymales. *Dusseldorf*, 1936.
- HUBERT. — Adénome développé dans l'orbite aux dépens de la glande lacrymale. *Inaug. Diss., Zurich*, 1882.
- LAGRANGE. — *Traité des tumeurs de l'œil*, 1904. Tome II, p. 609.
- MAZZA. — Néoplasmes de la glande lacrymale. Adénomes avec dégénérescence colloïde et cancéreuse. *Intern. Oph. Congrès, Heidelberg*, 1888.

PARKES (D.-F.). — Plasmocytome de la glande lacrymale. *Proc. Royal. Lac. Of. Med.*, 31 décembre 1937.

PASCHEFF. — Recherches sur les tumeurs de la glande lacrymale. *Monostabl. Of. Augenheilk.*, juillet 1918, vol. LXI, p. 19.

PETIT. — *Thèse de Lyon*, 1921-1922.

PIAZZA. — Adénome de la glande lacrymale. *Annali di Ottalm.*, Anno XXIV, fasc. 2 et 3.

PFINGOT. — Néoplasmes de la glande lacrymale, 3 cas. *Archives Of. Ophth.*, 1926, p. 139.

SNELL. — Deux cas d'adénome de la glande lacrymale. *Ophth. sac. Transactions*, 1889, p. 257.

SOCOR. — Sur un cas d'adénome de la glande lacrymale gauche. Extirpation. — Guérison avec conservation de l'œil et de la vue. — *Bull. Soc. des méd. et natur. de Josay*, 1888, p. 257.

YUGE-TSUNEKAZU (Kioto). — La structure fine des cellules des glandes lacrymales de l'homme. XXX^e Congrès soc. Ophth. Japon, Tokio, 1936; *Arch. d'Ophth.*, 1937.

VILLARD (H.) et DEJEAN (Ch.). — L'adénome lacrymal. *Archives d'ophth.* T. L, n^o 5, 1933.

Nous avons consulté en outre *Traité d'ophtalmologie* :

JAYLE (G.-E.). — Anatomie et histologie de l'appareil lacrymal. Tome I, p. 331.

MAGITOT (A.) et ROSSANO (R.). — Physiologie de la glande lacrymale. Tome II, p. 16.

MÉRIGOT DE TREIGNY. — Opérations sur l'appareil lacrymal, p. 351.

VAIÈRE-VIALEIX. — Tumeurs des glandes lacrymales. Tome IV, p. 77.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*Contribution à l'étude de l'Adénome
Lacrymal*

par M^{lle} Paulette GUYON

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression

Montpellier, le 9 mars 1944.

Le Professeur,

Ch. DÉJEAN.

Vu :

Montpellier, le 10 mars 1944.

Le Doyen,

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 11 mars 1944.

Le Recteur,

BOUSSAGOL.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

